الفصل الثالث

الأطفال الخدج وناقصي الوزن

العناية بالأطفال الخدج وناقصي الوزن :-

أصبح وجود الأطفال الخدج شيئا ملحوظاً وزادت العناية بهم وتوجد عناية مركزة للأطفال حديثي الولادة .

الطفل الخديج هو الطفل الحي المولود قبل الأسبوع 37 من الحمل بغض النظر عن وزن الولادة أو المسببات للولادة المبكرة .

من الأسباب المؤدية للخدج :-

هنالك أسباب عديدة داخل الرحم . تلك الأسباب تؤثر علي المشيمة وتطور الجنين **ومن هذه الأسباب :_**

أ- صحة الأم وتغذيتها (نقص التغذية ــ الأمراض لدى الحامل ــ العناية الغير كافية للحامل – عدم المتابعة مع أخصائي النساء والتوليد).

ب- الرحم والمشيمة (تكرار الإجهاض والولادة المبكرة ــ الحمل المتعدد – التوائم ــ العيوب الخلقية ــ الإشعاعات) .

من المشاكل المرضية لدي الخدج :-

هنالك العديد من المشاكل التي تزيد نسبة حدوثها لدي الخدج وناقصي الوزن تزيد مع نقص الوزن وعمر الولادة ومن أهم هذه المشاكل الجهاز

التنفسي : متلازمة الضيق التنفسية ، عسر نسيج القصبات والرئة ، النزيف الرئوي ، الالتهابات الرئوية ،القلب والجهاز الدوري وبقاء القناة الشريانية سالكة ، بطء القلب ، التشوهات الخلقية .

الدم :فقر الدم – النزيف تحت الجلد – التخثر المنتشر داخل الأوعية .

الجهاز الهضمي :ضعف الحركة والوظائف المعدية المعوية والتهاب الأمعاء والقولون .

الجهاز العصبي : النزيف داخل البطينات – اعتلال الدماغ بنقص الأنسجة – اعتلال الشبكية عند الخدج – الصمم – التشنجات .

عند ولادة الطفل مهما كان وزنة ووقت ولادته فسوف تتخذ له العديد من الإجراءات المطلوبة مثل تنظيف مجري ألتنفس- العناية بالحبل السري وقطعة – العناية بالعينين – إعطاء فايتمين(K) –التنظيف العام – الدقة في التعامل مع الطفل الخديج يحتاج إلى العناية ومراقبة زمنية ووضع الطفل في الحضانة للمحافظة علي درجة حرارة الجسم – مراقبة معدلات ضربات القلب والتنفس – إعطاء أوكسجين عند اللزوم – التغذية المناسبة –الوقاية من العدوى .

طريقة التغذية بالنسبة للخديج من الساعات الأولى عند الولادة ونوعية التغذية تعتمد علي مقدرة المولود علي تناول الغذاء بدون أن يؤثر علية بالتعب

والإرهاق . هنالك أكثر من طريقة للتغذية ، التغذية عن طريق الفم بواسطة أنبوبة المعدة أو التغذية الوريدية .

يخرج الخديج من المستشفي لن يبقي طوال حياته يبدأ وجودة في الحضانة ثم ينتقل إلي الفرش العادي تتغير تغذيته إلي التغذية الطبيعية قبل إخراج الطفل مع والديه إلي المنزل يجب التأكد من درجة حرارة الطفل. القدرة علي التغذية الكاملة عن طريق الحلمة . النمو يكون بزيادة ثابتة من 30 g – 10 يوميا .

خصائص وصفات الطفل الخديج :-

1. وصف عام .
2. صغير في الحجم .
3. كل الأطراف ملامسة للسرير .
4. قليل الحركة .

الجلد :-

1- لونه احمر شفاف ومجعد ومغطي بشعر البطن .

2- شفاف يوضح الأوعية الدموية السطحية ولامع .

3- لا يوجد طبقة دهنية تحت الجلد.

الرأس :-

1. كبير أكثر من الطبيعي .
2. شعر الرأس متلاصق والرأس ملقي للجانب .
3. العينان واضحتان ومغمضتان .
4. الاذنان لينتان نتيجة نقص الغضاريف .

القفص الصدري والبطن :-

1. القفص الصدري ضعيف وغير متماسك .
2. البطن حجمها أكبر من الطفل الطبيعي.

الثدي :-

الحلمة مجـــــــــــــرد نقطة علي الجلد ولا توجد خـــــــــــلايا تحتها أو موجودة بنسبة ضئيلة .

الأطراف :-

1. الساقان والذراعان مفرودتان .
2. العضلات ضعيفة وصغيرة .
3. الخطوط الموجودة في راحة اليد وباطن القدمين قليلة أو غير موجودة .

الأعضاء التناسلية الخارجية :-

الذكر :الخصيتين موجودتان في كيس الخصية أو معلقة في القناة التي أعلي كيس الخصية وكيس الخصية أملس ولونه فاتح .

الأنثى :- الشفرة الكبرى لا تغطي الشفرة الصغرى .

الانعكاسات :-

1. غير مكتملة النمو .
2. ضعف في الانعكاسات الخاصة بالمص .

المعوقات الفسيولوجية للطفل الخديج :-

1. سهولة الإصابة بالعدوى :-

وينتج ذلك عن نقص المناعة ونقص الأجسام المضادة للأمراض .

الأعراض :-

التهاب الجلد – التهاب الفم – السعال والقئ – التهاب السرة – التهاب العين.

طرق الوقاية والعلاج :-

ا- تعقيم جميع الأدوات المستعملة للطفل.

ب- خلو من يعتني بالطفل مثل الطبيب والممرض من الأمراض المعدية .

ت- مراعاة قواعد العزل أثناء العمل .

ث- يجب أن تكون وحدة المبتسرين بعيدة عن باقي أقسام المستشفي .

2. انخفاض درجة حرارة الجسم :-

وينتج ذلك بسبب نقص نمو مركز تنظيم الحرارة بالمخ ونقص الدهون تحت الجلد وكذلك نقص مخزون الجلوكوز بالكبد .

الأعراض :-

انخفاض درجة الحرارة وعدم توازنها وكذلك الإصابة بالعدوى .

3. صعوبة في الرضاعة والتغذية:-

سبب حدوث ذلك هو ضعف نمو الانعكاسات خاصة المص والبلع والطرد وصغر حجم المعدة ونقص نمو فتحة البواب وضعف عضلات الجهاز الهضمي.

الأعراض:-

قئ ونقص في الوزن وانتفاخ البطن وإسهال أو إمساك .

طرق الوقاية والعلاج :-

1) التغذية بأنبوبة المعدة أو القطارة .

2) عدم تحريك الطفل بقوة بعد إرضاعه ووضعه علي الجانب الأيمن برفق .

3) إعطاء رضعات تحتوي علي المواد الدهنية .

4) يفضل الرضاعة الطبيعية .

4. القابلية للنزف :-

ينتج عن ضعف جدار الأوعية الدموية ونقص المواد التي تساعد علي تجلـــط الدم وكذلك نقص نمو الكبد .

الأعراض :-

نزف في المخ – نزف تحت الجلد.

طرق الوقاية والعلاج :-

يجب إعطاء حقنة فايتمين (K) مباشرة بعد الولادة و نقل الدم .

العناية التمريضية بعد الولادة مباشرة :-

كما في الطفل كامل النمو

1- شفط المخاط من المسالك الهوائية .

2- وضع الطفل مائلا قليلا بحيث يكون أعلي من رأسه لمساعدة المخاط علي الخروج.

3- العناية بالحبل السري.

4- العناية بالعينين.

5- إعطاء أوكسجين للطفل إذا احتاج الأمر.

6- حماية الطفل من العدوى (باستعمال قواعد العزل).

7- إعطاء الطفل فيتامين(K)بالعضل.

8- تدفئة الطفل جيدا.

9- وضع ما يثبت شخصيته حول المعصم (أسورة تعريف).

10- نقل الطفل إلي قسم الأطفال الخدج.

العناية التمريضية بالطفل في خلال 48 ساعة التالية:-

1) قياس العلامات الحيوية مع تكييف درجة حرارة الحضانة حسب حرارة جسم الطفل.

2) تغير وضع الطفل باستمرار(كل ساعتين) .

3) التأكد من درجة تركيز الأوكسجين بين 40 – 30 % والرطوبة من 65 – 55 % .

4) وزن الطفل .

5) العناية بالحبل السري .

6) التشفيط من الفم والأنف كل ساعة للتأكد من أن الممرات الهوائية سالكة .

7) يجب قياس درجة حرارة الطفل وكذلك التنفس وكذلك درجة حرارة الحضانة وتركيز الأوكسجين ونسبة الرطوبة قبل إرضاع الطفل.

8) حمام الطفل يجب أن يكون قبل إرضاعه لمنع حدوث قيء ويترك بالحضانة لسهولة ملاحظته .

9) يجب عدم فتح الحضانة بدون لزوم للمحافظة علي ثبات درجة الحرارة ونسبة الرطوبة وتركيز الأوكسجين بالداخل وحتى لا يكون عرضة لأي تلوث خارجي.

10) يجب أن لا يزيد تركيز الأوكسجين عن 40% لأنه يسبب المضاعفات بعين الطفل ويصيبه بالعمى .

يجب ملاحظة وإبلاغ الآتي للطبيب المعالج أو الممرضة المسئولة عن:-

1- الازرقاق وتوقف التنفس.

2- انخساف عظمة القص إلي الداخل .

3- أعراض السفراء.

4- انتفاخ البطن الطبلي.

5- زيادة أو انخفاض نشاط الطحال .(3)

الفصل الرابع

مرض الصفراء

مــرض الصفـراء (اليرقان) :-

كثير من الأطفـــال الطبيعيين تصفر جلودهم قليلاً وبنــوع أخــص بــشرة الوجه ، وذلك بين اليوم الثالث والخامس من وجودهم . وهذا سببه صباغ صــفراوية في الدم اسمها ((البيالوربين)) ، ويتكون من تكسير خلايا الدم الأحمر . في العادة ، ومتى كانت حركة الطفل طبيعية يتولى الكبد مهمة تصفية الدم مــن ((البيــالوربين)) ولكن في حـــــالة أطفال آخرين ، خاصـــــــة الخريج مــنهم ، فــإن تــصفيته تستغرق وقتاً أطـــــول .

عـــــادة يكون هذا اليرقان خفيفاً إلى درجة لا تكاد ترى ، ويختفي من تلقاء نفسه ، دون أن يخلف أي أثر سيء في الطفل وحالته الصحية . وهذا الــصنف مــن اليرقان يعتـــــبر ((فيزيولوجي)) أي لا مرضياً ، لأنه ظاهرة أحيـــــــــــاناً للطفل الطبيعي الصحيح .

ولكن لا يسلم الأمر من يرقان يبرز بقوة ويتأخر ولا يزول نهائياً إلا عنــدما يزيد أحياناً على أسبوعين . وتتردد الأسئلة عن الأسباب التي تجعله يبقى كــل هــذه المدة ، وكذلك عن أسبابه الحقيقية . ولكن من الثابت أن بالدم بالطفل المصاب بخدش أثناء الولادة ، أو الذي امتنع عن أخذ السوائل بكثرة في الأيام الأولى ، أو الذي ولــد

ولادة مستحرضة . ونضطر في حالات معينه إلى تحليل الدم كي نتمكن من مراقبة مستوى البيالوربين في دم الطفل .

ولا يظهر اليرقان في أول يوم من أيام حياة الطفل . ولكن ، إن ظهر فهو الدليل بأن خلايا الدم الأحمر حمراء أخذت في الانشطار بسرعة عظيمة ، بل ذلك ناجم ، كما هي الحالة في إصابة المريض ، عن عدم انسجام بين دم الأم والطفل .

وبعض الأطفال الذين يرضعون لبن أمهم يصابون باليرقان الشديد في خلال الأسبوع الأول من حياتهم ، ويبقى معهم أحياناً بضعة أسابيع ، ولكنه يفارقهم أخيراً دون أن يخلف فيهم آثاراً سلبية . وفي معظم الحالات لا ضير من مواصلة الرضاعة ، إلا أنه متى اتضح من التحليل الدموي أن كمية البيالوربين عالية جداً ، فلا يكون بد من امتناع الأم عن إرضاع طفلها بصفة وقتية . أي إلى أن يزول اليرقان تماماً ولا يحتاج اليرقان الفيزيولوجي إلى علاج .

المعالجة الضوئية :-

المعالجة الضوئية تقدم على وجه العموم للطفل الذي يكون يرقانه اشد وضوحاً وأطول أمداً . وفي بعض مستشفيات التوليد يستعملونه مع الأطفال الذين لا يكون يرقانهم شديداً أيضاً . المعالجة هذه تقتضي تعرية الطفل حتى نصفه ، وتعريض سريرة الصغير لمصدر شعاع قوي يغلف جميع أجزاء جلده .

والضوء هذا يشطر البيالوربين الذي يكون جارياً مع دمه في الشرايين الصغيرة في الجلد . وهذا الضوء ليس ما فوق البنفسجي ونغطي عيني الطفل والأعضاء التناسلية بحجاب رقيق ، وقد يقتضي الأمر تكرار العملية بضعة أيام ، على أن تتوقف ساعات معدودة كل يوم . ومقدار التعرض للضوء هذا الذي يحتاج إليه الطفل يتوقف على مستوى (البيالوربين) في الدم وهذا المستوى يراقب يومياً .

نقل الدم :-

في بعض الحالات يرتفع مستوى ((البيالوربين)) ارتفاعاً كبيراً وسريعاً رغم العلاج الضوئي وخصوصاً متى كان لليرقان أسباب معينه كالمرضي مثلاً . في تلك الحالات قد يضطر الطبيب إلى إجراء التغيير بالمخدر واستبدالها على الفور بدم جديد مأخوذ من متبرع صحيح الدم ، يتكرر هذا مراراً خلال ساعة تقريباً . ويؤدي في النهاية إلى حذف ((البيالوربين)) كلياً من المجرى الدموي للطفل .

يحتاج الطفل المتأثر بالحالة الريصية تأثراً شديداً إلى نقل دموي متتالياً ولا يدعو هذا إلى التوجس والفزع . فالأسلوب قد مورس مراراً وتكراراً ، وكان دائماً يثبت صلاحيته وجدارته ونتائجه الحسنة ، والطبيب الواعي ينفذه بمهارة ويتجنب كل محذور .

أ – التأكد من ارتواء الطفل :-

1. يتم إرضاع الطفل كل ساعة أو ساعتين .

2. يمكن بدء استخدام سوائل عن طريق الوريد .

3. لا يجوز إيقاف الرضاعة الطبيعية ولا يجوز إعطاء محاليل الجلوكوز عن طريق الفم .

ب – العلاج الضوئي :-

1) الهدف : ــ يقوم الضوء بتحليل مركب الصفراء الذي لا يذوب في الماء إلى مركبات سهلة الذوبان يتم إخراجها في البول .

2) يستخدم الضوء الأزرق و الأخضر والأبيض .

3) يتم خلع ملابس الطفل للتعرض الكامل للضوء مع تغطية الأعضاء التناسلية والعينين لحمايتها من الضوء .

4) يجب أن يبعد الضوء 50 – 60 Cm عن الطفل .

5) يجب إغلاق الضوء وقت الرضاعة ووقت الفحص والرعاية لحماية عين الأم والممرضة من تأثير الضوء .

6) يتم إزالة ضمادة العين وقت الرضاعة .

7) يجب زيادة المحاليل التي تعطى بالوريد بنسبة 25 - 20 % لتعويض السوائل التي تفقد حتى لا يتعرض الطفل للجفاف .

8) يتم تغيير وضع الطفل باستمرار للتعرض للعلاج الضوئي .

9) قياس حرارة الجسم من آن إلى آخر .

10) العناية بجلد الطفل .

11) قياس نسبة البيالوربين يومياً .

مضاعفات العلاج الضوئي :-

أ. زيادة حرارة جسم الطفل .

ب. علامات الجفاف .

ت. سيولة البراز عن المعتاد .

ث. تغيير لون جلد الطفل .

ج – خطوات تغيير الدم :-

(أ) دور الممرضة قبل تغيير الدم :-

1- يجب التأكد من هوية الطفل ومن حصول الطبيب على موافقة الأهل .

2- التأكد من فصيلة الدم .

3- غسل الأيدي جيداً .

4- يوضع الطفل تحت جهاز التدفئة .

5- الحفاظ على الطفل هادئاً طوال مدة تغيير الدم .

6 – ترسل عينة دم لعمل التحاليل الآتية : ــ

أ / فصيلة الدم والتوافق .

ب/ نسبة الهيموجلوبين .

ج/ نسبة البيالوربين .

7- لا يعطى الطفل أي شيء بالفم قبل عمل تغيير للدم مــن 1 – 3 Hours مــع إعطائه المحاليل الوريدية اللازمة .

8- يجب أن تتم الخطوات في ظروف معقمة تماماً .

9- يجب أن يتم ضبط نسبة الجلوكوز في الدم .

10- يجب أن تسجل كل خطوة سحب دم من الطفل أو دفع دم إليه مــع تــسجيل وقت كل خطوة وتسجيل الأعراض الحيوية الأساسية .

(ب) دور الممرضة أثناء تغيير الدم :-

1/ يجب أن تظل الممرضة مع الطفل كل الوقت وتسجل العلامات الحيوية كل 15 دقيقة .

2/ تبليغ الطبيب عند تغيير كل 100 ml دم .

3/ خلط الدم كل فترة لمنع ترسيب كرات الدم الحمراء .

(ج) دور الممرضة بعد تغيير الدم :-

1) يتم أخذ عينة دم بعد التغيير مباشرة وترسل إلى المعمل لعمل تحليل نسبة الصفراء وصورة دم كاملة والكالسيوم والصوديوم والبوتاسيوم في الدم .

2) يتم وضع الطفل تحت العلاج الضوئي .

3) يتم قياس السكر كل 4 – 6 Hours .

4) يتم قياس البيليروبين كل 6 Hours .

5) يتم قياس محيط البطن كل 6 Hours لمدة 24 Hours .

6) ملاحظة أي نزف أو وجود دم في البراز .

7) تسجيل جميع الملاحظات في ملف المريض .

مضاعفات تغيير الدم :-

أ) نزف مكان الحبل السري .

ب) التهاب مكان الحبل السري نتيجة للعدوى .

ج) التأكد من طبيعة العلامات الحيوية .

د) ملاحظـــــة هيـــــــاج أو خمـول الجهـاز العـصبي نتيجـة لزيـادة البيالوربين في الدم .(5)